

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR UNE FORME D'HYPOCONDRIE ABERRANTE DUE A LA PERTE DE LA CONSCIENCE DU CORPS

PAR

G. Deny

et

Paul Camus

Médecin de la Salpêtrière.

Interne des hôpitaux.

On admet généralement que les sens externes n'interviennent que d'une façon accessoire et secondaire dans la conception de notre personnalité, dont la base première est dans le sens du corps, la cénesthésie (1).

Les récents travaux de Wernicke et de Storch ne permettent plus de souscrire complètement à cette opinion. Ces auteurs ont montré en effet que toute perception sensorielle (tactile, visuelle, auditive, etc.) était composée en réalité de deux éléments : un élément *spécifique* ou *sensoriel*, et un élément *organique* ou *myopsychique* constitué par la sensation de l'activité musculaire, du mouvement exécuté par l'organisme, pour adapter l'appareil sensoriel à l'excitant périphérique et réaliser les meilleures conditions de perception. Les perceptions sensorielles ont donc pour concomitant indispensable des *sensations organiques*, auxquelles revient le rôle le plus important dans la connaissance du monde extérieur et des phénomènes de notre propre organisme.

Grâce aux voies d'associations transcorticales, ces sensations organiques d'*origine externe* et leurs images mémorielles sont intimement unies aux images des sensations organiques d'*origine interne*, surtout viscérales, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle généralement la cénesthésie, le sens de notre existence corporelle, de notre personnalité physique.

Il résulte de ces connexions associatives que chacune de nos perceptions sensorielles a le pouvoir d'évoquer et de faire surgir dans la conscience tout le complexe des images commémoratives des diverses régions du corps auxquelles nous devons la notion de notre organisme (2).

(1) SÉGLAC, in *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert-Ballet, p. 263.

(2) WERNICKE, *Grundriss der Psychiatrie in klin. Vorlesungen*. Theil I. Psycho-physiologie, 1894, trad. in *Revue de Psychologie*, 1899 et 1900. — Voir aussi de BUCK, La psychologie de Janet et la théorie de Storch-Förster, in *Journal de Neurologie*, 1904, n° 9.

Il n'est donc plus tout à fait exact de dire que la cénesthésie est le sentiment vague que nous avons de notre être, *indépendamment du concours des sens* (Reil); il faut admettre, — ce qui, du reste, est conforme à son acception étymologique (*αἴσθησις*, commun, *αἴσθησις*, sensation), — que la cénesthésie est le sentiment que nous avons de notre existence, grâce à la sensibilité organique, vague et faiblement consciente à l'état normal, qui dérive de tous nos organes et tissus, *y compris les organes des sens*. En un mot il faut élargir le cadre de la cénesthésie et y faire entrer, non seulement les sensations organiques d'origine interne, comme on l'admet communément, mais encore les sensations organiques d'origine externe, sans lesquelles les perceptions sensorielles restent incomplètes.

Ces données psycho-physiologiques ont servi récemment de base à O. Förster (4) pour l'interprétation d'un syndrome psychopathique auquel il a donné le nom de *afonction de la somatopsyché ou perte de la conscience du corps* et dont nous avons nous-mêmes observé un exemple remarquable.

Sans méconnaître les étroites relations de ce syndrome avec quelques faits déjà publiés sous diverses appellations : *névrose cérébro-cardiaque* (Krishaber), *névrose d'angoisse* (Freud), *délire cénesthésique*, *obsession de cécité et de mort*, *sentiment de dépersonnalisation*, etc. (Raymond et P. Janet), *illusion de dépersonnalisation* (Dugas, Bernard Leroy), etc., nous croyons qu'au point de vue exclusivement clinique où nous nous plaçons, ce psycho-syndrome peut être envisagé comme un trouble particulier de la cénesthésie (ce mot étant entendu au sens que nous avons précisé), comme une variété de *cénesthésiopathie*, et prendre place à ce titre, ainsi que nous essayerons de le démontrer, dans le vaste groupe des *hypocondries*.

Voici d'abord notre observation :

La nommée L..., âgée de 47 ans, est entrée pour la seconde fois à la Salpêtrière (section Rambuteau), en mai 1903.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu; mère morte à 38 ans d'une affection cardiaque. Un frère mort d'accident.

Antécédents personnels. — Scarlatine dans l'enfance. Régée pour la première fois à 17 ans. De 17 à 25 ans, migraines fréquentes. A 24 ans, fièvre typhoïde. Mariée à 24 ans à un horticulteur qu'elle aide dans ses travaux. Elle a eu quatre enfants, dont un est mort pendant le travail de l'accouchement; les trois autres sont vivants.

A 28 ans, L... aurait eu, à la suite d'une discussion avec son mari, une crise de nerfs accompagnée de perte de connaissance. Elle reconnaît qu'elle a toujours été très émotive, qu'elle pleurait pour un rien, et qu'elle n'a jamais pu s'habituer au caractère violent et emporté de son mari. De fait, c'est à la suite de contrariétés et de discussions souvent renouvelées dans son ménage que se sont déclarés les troubles psychiques qui ont nécessité son internement à Sainte-Anne d'abord, ensuite à la Salpêtrière (novembre 1899), d'où elle sortit en mai 1900, pour y rentrer définitivement en mai 1903 (2).

Maladie actuelle. — Pour abréger, nous ne décrivons ici que la dernière crise de la malade, celle qui dure actuellement depuis deux ans, et qui avait été précédée de crises identiques mais de moins longue durée.

Le début de chacune d'elles semble avoir été marqué par un état de confusion et d'égarement, suivi d'amnésie, au cours duquel la malade quitte sa maison, erre dans la campagne, se déshabille en pleine rue et fait à diverses reprises des tentatives de suicide.

Au bout de quelques jours, l'état confusionnel ayant disparu, L... décrit avec précision

(4) O. FÖRSTER. Ein Fall von elementärer allgemeiner Somatopsychose (Afunktion der Somatopsyché). Ein Beitrag zur Frage der Bedeutung der Somatopsyché für das Wahrnehmungsvermögen. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1903. B^e XIV, S. 189.

(2) L'histoire de cette malade a déjà été communiquée au *Congrès de Psychologie* de 1900, par M. le docteur Bernard-Leroy, qui l'a envisagée exclusivement au point de vue psychologique. Notre étude, au contraire, est surtout clinique.

les troubles qu'elle éprouve et qui se résument, d'après elle, en « une insensibilité générale ».

« Je ne me sens plus, dit-elle, comme je me sentais auparavant; je ne sens plus mes membres, je ne sens plus ma tête, je ne sens plus mes cheveux. Il faut sans cesse que je me touche pour savoir comment je suis; il me semble que tout mon corps est changé, parfois c'est comme s'il n'existait plus. Quand je touche un objet, ça me fait comme si ce n'était pas moi qui sens. Je ne suis plus comme j'étais. Je ne peux pas me retrouver, je cherche à penser et je ne peux pas me représenter. C'est affreux, cette insensibilité, ça me fait comme un vide. »

Constamment elle se tâte et se frotte la face, le cou, les épaules, etc. En parlant, elle se promène la main sur la tête, se tire les cheveux. Ses vêtements sont toujours déboutonnés afin qu'elle puisse mieux porter la main sur sa chair nue. Jamais elle ne se plaint du froid, elle dit ne pas le sentir. Au lit, elle ne se rend compte, dit-elle, de la position de ses membres qu'à la condition de les toucher ou de les frotter l'un contre l'autre. « Je ne sais comment je suis dans mon lit, je cherche mon corps, mes jambes; le matin, je me demande comment la nuit s'est passée. » La bouche fermée, elle ne sait où est sa langue, elle la croit loin dans la gorge.

Ces troubles s'étendent à tous les domaines sensoriels. Elle dit avoir perdu le goût, l'odorat, ne plus percevoir les saveurs, les odeurs comme autrefois. Pour l'ouïe, mêmes modifications des sensations : les bruits, le son de la voix humaine lui semblent différents de ce qu'ils étaient. Pour la vue, elle dit ne plus voir comme avant. « Le monde me paraît changé. Les personnes et les choses me font l'effet de fantômes, comme si elles n'étaient pas réelles. Je les reconnais bien, mais elles ne me font plus la même impression. Quand mon mari et mes enfants viennent, ils ne me paraissent plus aussi réels. Je les reconnais cependant, mais leur vue ne me cause plus aucun plaisir; je n'éprouve rien, je reste insensible à tout; c'est affreux d'être ainsi. Je n'aime personne et ne peux peut-être plus m'aimer moi-même. Je ne tiens plus à une vie pareille, je préférerais mourir. »

Ces troubles affectifs s'étendent aux souvenirs : ceux-ci restent inachevés, incomplets.

« Je ne peux m'imaginer ni la figure de mes parents, ni l'intérieur de ma maison, ou des endroits que je connais le mieux. Je ne puis me représenter ni le goût d'un aliment, ni l'odeur d'une fleur, ni la voix de mes enfants. La sensation ne me reste pas, elle ne peut me revenir à l'esprit. »

Dans le domaine de la sensibilité viscérale, la malade accuse parfois un peu de lourdeur de tête, une sensation de serrement léger à la gorge, de gêne respiratoire, de soif fréquente, « mais, dit-elle, après avoir bu, il ne me semble pas que j'ai bu ». Elle n'attire guère cependant l'attention sur ces symptômes et ne s'en montre pas autrement affectée. Seule, son « insensibilité » la fait souffrir, seule elle est la cause de ses plaintes.

Consciente et très péniblement affectée de son état, l... possède toute sa lucidité. Elle cherche à analyser ses troubles dans la mesure où le lui permet son intelligence, sans jamais greffer sur eux ni interprétations, ni conceptions délirantes. Quand son anxiété lui laisse un peu de répit, elle participe à ce qui se passe autour d'elle, s'emploie à rendre service aux malades, s'occupe à lire ou à des travaux de couture. Mais la plus grande partie de ses journées se passe à la recherche de cette sensibilité qu'elle déclare perdue. Et toujours sa plainte est la même : « Je ne me sens plus, je ne me vois plus la même, je n'entends plus, quand je parle, le son de ma voix. Je ne me sens pas faire une chose. Je ne me sens plus le désir de manger, il me semble que je n'ai plus la sensation de la faim. Je suis insensible de partout, c'est comme si j'étais morte. »

Objectivement, la sensibilité examinée sous ses différents modes donne les résultats suivants : la sensibilité tactile est normale; quand son attention est fixée sur une région du corps, la malade perçoit de très légers contacts. L'écart des pointes du compas n'est pas sensiblement augmenté. Le chaud est aisément distingué du froid. Le sens stéréognostique est intact, les objets sont bien reconnus les yeux fermés. Il n'y a pas de trouble du sens musculaire; les différences de poids sont appréciées dans des limites normales, soit successivement, soit simultanément avec les deux mains. La force musculaire est conservée. Il en est de même des fonctions des sens spéciaux. La vue renseigne parfaitement la malade sur la couleur, la forme et l'étendue des objets, aussi en décrit-elle avec exactitude les différentes propriétés. Pour la distance, elle commet seulement quelques erreurs d'appréciation. Il en est de même pour l'ouïe dont l'acuité est normale. L'odorat et le goût lui permettent de distinguer les différentes substances qu'on lui présente. Pour la sensibilité à la douleur et le sens des attitudes, il est difficile d'être aussi affirmatif. Bien que percevant le moindre contact, la piqûre même profonde, le pincement violent ne

semblent pas éveiller de douleur bien manifeste. A plusieurs reprises, l'ouverture d'abcès ou de furoncles au thermocautère n'a pas été ressentie très douloureusement; la peur et la vue de l'instrument semblaient être les seuls facteurs de son émotion.

L'examen du sens des attitudes segmentaires est rendue difficile, parce que la malade, dès qu'on l'interroge sur la position d'un membre, les yeux fermés, le remue immédiatement, avant de pouvoir donner une réponse juste.

Tous les réflexes cutanés et tendineux sont conservés.

Pas d'anesthésie conjonctivale, ni pituitaire, ni pharyngée.

Pas de rétrécissement du champ visuel. Aucun trouble de la motilité. Notons, en terminant, l'existence de quelques troubles vaso-moteurs : pâleur des téguments, cyanose et refroidissement des extrémités, constriction des capillaires cutanés (piqûre exsangue), dermatographisme persistant avec léger relief.

Depuis son entrée, l'état de la malade est resté sensiblement le même. Toujours elle dit ne pas sentir les différentes parties de son corps, ne pas avoir les mêmes sensations du monde extérieur qu'autrefois et ne pas pouvoir se représenter normalement les images que sa mémoire a enregistrées. Elle affirme en outre qu'elle est perdue, que son affection est incurable, qu'elle ne guérira jamais, et n'accepte ni remèdes, ni consolations.

Désirant surtout justifier ici la place nosographique que nous avons cru devoir assigner au syndrome tout à fait typique décrit dans cette observation, nous nous bornerons à signaler, sans y insister, l'absence complète chez notre malade de toute espèce d'idées ou de conceptions délirantes ainsi que l'intégrité de ses facultés intellectuelles et critiques. Son internement dans divers services d'aliénés n'en a pas moins été rendu nécessaire par son état habituel d'anxiété, qui lui enlève toute énergie physique et morale et l'entraîne à des actes dangereux (fugues, tentatives de suicide) ou incompatibles avec la vie commune (impossibilité de conserver aucun vêtement, pincements incessants de son corps nu, etc.)

Nous ferons remarquer en second lieu que cet état d'anxiété est un trouble manifestement *secondaire, surajouté*, provoqué uniquement par la *désorientation auto et allopsychique* (Wernicke) dans lequel est plongée la malade du fait de la profonde perturbation de l'appareil récepteur de ses sensations.

Il nous faut maintenant préciser les caractères de cette perturbation et essayer d'en déterminer les conditions pathogéniques.

Notre malade, on le sait, se plaint de ne plus rien sentir comme autrefois et d'être ainsi amenée à douter de tout, *de sa propre existence corporelle, comme de celle du monde extérieur*. En présence d'une pareille plainte on est tenté de croire à l'existence de troubles profonds de la sensibilité; il n'en est cependant rien.

Objectivement notre malade voit, entend, sent etc., comme une personne normale. Elle ne présente aucune altération de l'identification primaire ou secondaire (Wernicke), et porte un jugement exact sur tous les objets et leurs usages. En un mot il n'existe chez elle ni agnosie, ni apraxie, ni cécité ou surdité psychiques; et pourtant, *il lui semble que ce qu'elle voit, ce qu'elle touche, même son propre corps, n'a pas d'existence réelle, que ce n'est pas elle qui perçoit, qui parle, qui marche; etc.*; d'où cet état anxieux, obsédant, irrésistible, qui la pousse à se dévêtir, à se pincer, à s'écrouler, à s'exposer au froid, etc.; tout cela dans l'espoir toujours déçu (manies de vérification de Janet) de suppléer à l'insuffisance de ses perceptions par des sensations complémentaires de la vue, du toucher, de la thermoesthésie, etc., etc.

Il s'agit donc ici manifestement d'un trouble purement subjectif de l'activité sensitivo-psychique, trouble qui avait déjà attiré autrefois l'attention de Cotard (1),

(1) « Tout autres, dit Cotard, sont les hypochondriaques mélancoliques (en les opposant aux persécutés); ils se plaignent de ne plus percevoir la réalité qu'à travers un voile, tout

mais qui a été beaucoup plus complètement étudié dans ces dernières années par P. Janet, à l'occasion de ses belles recherches sur « *les Obsessions et la psychasthénie* ». On trouvera dans cet ouvrage, ainsi que dans « *Névroses et idées fixes* », les observations, tout à fait comparables à la nôtre, de malades qui se plaignent de ne percevoir les objets qu'à travers un voile, un nuage, un mur; qui prétendent que ce n'est pas eux qui marchent, qui mangent, qui dorment; qui disent ne pas exister, être morts, etc.

« Ces malades continuent cependant à avoir la sensation du monde extérieur, et de leur propre personne, mais ils ont perdu le *sentiment de réalité* qui ordinairement est inséparable de ces perceptions. » Et comme pour Janet, ce sentiment de réalité est fonction d'un niveau mental élevé, qu'il disparaît dès que la tension psychologique diminue, il en conclut que chez les malades qui ont des sensations inachevées ou incomplètes, en un mot qui ont perdu ce sentiment de réalité, il existe un *abaissement du niveau mental, une chute ou un simple affaiblissement de la tension ou du potentiel psychologiques*.

La théorie de Janet a été combattue par Storch et par O. Förster. D'après Storch (1) le doute qui plane sur la réalité du monde extérieur, chez un certain nombre de psychopathes, hypocondriaques ou aliénés, dont l'acuité visuelle, auditive, tactile, etc., est normale, est dû uniquement à la dissociation du contenu de la perception et à la disparition des sensations organiques, myopsychiques, qui en font partie intégrante à l'état normal et auxquelles nous devons nos appréciations d'espace, de temps, de volume, de mouvement, de vie. La réalité repose donc pour la plus grande part sur les facteurs myopsychiques qui entrent dans nos sensations (de Buck).

L'interprétation de O. Förster (2) est fondée également sur la dualité physiologique des deux facteurs, organique et spécifique, de la perception et sur le rôle prépondérant qui revient à l'élément organique dans la constitution de notre personnalité. Mais comme cet élément organique contribue également à nous renseigner sur le monde extérieur, il en résulte que sa disparition ou sa non-utilisation est suivie de troubles à la fois dans l'appréciation de notre corporalité et dans celle du monde extérieur.

Voici, en quelques mots, l'observation qui a permis à O. Förster d'édifier sa théorie :

Il s'agit d'une femme de 49 ans, dont les crises d'obsession, de besoin de représentation d'abord intermittentes, devinrent plus tard continues.

Elle se plaint de ne plus se sentir elle-même, de ne plus avoir la notion de son corps et de ses membres. « C'est, dit-elle, comme si je n'étais plus, je n'ai plus la notion de moi-même, je ne sens plus ma tête, je ne sens pas mes yeux, je ne sens ma main que

leur semble transformé. Les impressions externes n'évoquent plus dans leur cerveau que des images frustes et méconnaissables, et ces images déformées ou oblitérées ont perdu leur réaction normale sur l'intelligence, les sentiments, les émotions et la volonté. Trouvant tout changé autour d'eux, ils ne se sentent pas moins changés eux-mêmes (J. Falret) par l'affaiblissement de leur faculté de sentir et surtout par la diminution de leur énergie volitionnelle; diminution qui se traduit fatalement par une dépression du moi et par des idées d'impuissance et d'incapacité. Les hypocondriaques mélancoliques n'ont pas ces compensations qui soutiennent les persécutés; ils s'abandonnent au désespoir et ne retrouvent quelque énergie que pour accomplir des tentatives de suicide. » — COTARD, *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, p. 402.

(1) E. STORCH, Versuch einer psychophysiologischen Darstellung der Sinneswahrnehmungen unter Berücksichtigung ihrer muskularen Komponenten. (*Monatsschr. f. Psych. und. Neurol.*, Bd XI, 1902, S. 31.)

(2) FÖRSTER, *loc. cit.*

quand elle est touchée par quelqu'un ou quelque chose. Dehors, je me sens mieux quand le vent vient me fouetter le visage. Je ne vois plus comme avant, je ne peux plus rien reconnaître des personnes ou des objets. Je ne puis pas me représenter la figure des personnes, de mon mari même, ni l'aspect des objets qui me sont familiers. »

Objectivement, il n'existe aucun trouble sensoriel, elle nomme exactement tous les objets et ne commet pas d'erreur sur leurs usages. Sans cesse préoccupée de ses sensations, la malade éprouve constamment le besoin de se représenter et d'objectiver les images de ses souvenirs, aussi bien de son corps que du monde extérieur. Elle n'y parvient pas aisément, l'image lui semble incomplète. C'est un état obsédant et anxieux, très pénible, auquel elle a cherché à se soustraire par des tentatives de suicide (1).

Si l'on admet avec Wernicke que la conscience de notre existence corporelle est entièrement subordonnée à l'intégrité des sensations organiques transmises à chaque instant de tous les points du corps (y compris les organes des sens) au cortex, il est évident que la suppression ou la non-utilisation par la conscience d'une catégorie quelconque de ces sensations organiques (viscérales, musculaires, articulaires, etc.), suffira à déterminer dans notre cénesthésie une perturbation plus ou moins profonde qui pourra s'étendre du simple doute à la négation complète de notre existence corporelle.

On comprend en outre que la disparition des sensations organiques ou myopsychiques, normalement associés à nos perceptions sensorielles, provoque les mêmes perplexités, les mêmes doutes, les mêmes tendances négatives en ce qui concerne la réalité du monde extérieur. On conçoit enfin qu'en vertu des associations qui unissent entre elles les images de toutes nos sensations organiques, de notre *somatopsyché*, il suffira que quelques-unes d'entre elles viennent à manquer pour que soit réalisée dans notre perception du monde extérieur et de notre propre corps l'afonction de la *somatopsyché* de O. Fœrster, l'*acénesthésiopathie* de notre malade.

A la conception exclusivement psychologique de Janet nous préférons donc la théorie psycho-physiologique de Storch-Fœrster basée sur la dualité fonctionnelle des deux composants de nos perceptions. La conservation du composant spécifique chez notre malade, comme chez celle de O. Fœrster, nous explique qu'elle continue à voir et à reconnaître les objets, y compris sa propre personne, mais comme le composant organique de ses représentations sensorielles fait défaut, elle ne peut plus les rattacher à sa personnalité et ainsi s'explique l'apparition des *sentiments d'étrangeté, d'incomplétude, de dépersonnalisation*, si finement analysés par Janet.

La perte de ses représentations mémorielles relève également du même mécanisme. Les images de ces représentations étant dépourvues de l'élément organique ou cénesthésique qui les accompagne normalement, elles manquent de lien avec sa personnalité et lui apparaissent étranges, inachevées et irréelles, de la même façon et pour les mêmes raisons que ses représentations actuelles.

Enfin son inémotivité sensorielle est aussi la conséquence de l'absence des sensations organiques, cénesthésiques, qui conditionne la tonalité émotionnelle de toutes nos perceptions.

Nous croyons en somme, en nous appuyant sur les travaux de Wernicke, de Storch et de O. Fœrster, que le déficit sensitivo-psychique de notre malade peut être considéré comme une *variété d'hypocénesthésie liée à l'absence ou à la non-*

(1) On trouvera une analyse plus détaillée de cette observation par DE Buck, in *Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1903, p. 480, et dans le travail du même auteur cité plus haut.

utilisation par la conscience des sensations organiques normalement associées à nos perceptions sensorielles.

Comme toutes celles qui contribuent à la formation de la cénesthésie, ces sensations n'étant douées que d'une activité représentative très imparfaite, sont peu susceptibles de revivre sous la forme d'images : ainsi s'expliquent les difficultés qu'éprouvent les malades à traduire en langage ordinaire le trouble syndromique résultant de la disparition de ces sensations.

Avec Færster nous résumerons ce psycho-syndrome dans la formule suivante : 1° diminution ou absence de la conscience de la personnalité ; 2° perception et représentation incomplète du monde extérieur ; 3° obsession anxieuse de représentation des données sensorielles.

Il nous reste à dire un mot des idées qui nous ont servi de guide pour rattacher le psycho-syndrome de O. Færster à l'hypocondrie.

Ainsi que le fait remarquer de Buck (1), quand O. Færster parle d'une *afonction de la somatopsyché*, il n'a en vue que le trouble dans le sens privatif, négatif de la sensibilité organique qui accompagne les mouvements des organes sensoriels (toucher compris), mais il est évident, que dans ce domaine il existe aussi des troubles *parafunctionnels*.

C'est le cas des malades qui, au lieu de se croire morts, prétendent être désarticulés, coupés en segments, qui se disent en verre, en caoutchouc, etc. Ces troubles se passent dans le domaine du système nerveux de la vie de relation, périphérique ou central (de Buck). Or, à côté de l'hypo et de la *parafunction de la somatopsyché* propre à la vie de relation, il faut évidemment admettre des troubles hypo ou *afonctionnels de la somatopsyché propre à la vie végétative* (malades qui n'ont plus d'estomac, de cœur, de poumons, etc.), et des troubles *parafunctionnels* de la même somatopsyché ; et comme ces derniers troubles, de l'avis de tous les auteurs, constituent le domaine de l'hypocondrie proprement dite, on est fatalement conduit à admettre des liens assez étroits de parenté entre l'hypocondrie vulgaire, classique, et l'afonction de la somatopsyché de O. Færster.

Cette parenté n'avait, du reste, pas échappé à Cotard qui considérait les malades atteints de ces troubles de la perception comme des *hypocondriaques-mélancoliques* (2), non plus du reste qu'à Raymond et Janet, qui ont décrit primitivement ces troubles sous le nom de *délires cénesthésiques* (3).

Nous restons donc dans la tradition française en considérant l'afonction de la somatopsyché de O. Færster, l'acénesthésiopathie de notre malade, comme une sorte de prolongement de l'hypocondrie classique, comme une variété spéciale d'hypocondrie aberrante, digne de figurer à côté du délire des négations de Cotard, du délire métabolique de Mendel, dans la grande famille hypocondriaque.

(1) DE BUCK, L'origine périphérique des psychoses, in *Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 1904, n° 115.

(2) COTARD, Études sur les maladies cérébrales et mentales (voir la note citée plus haut).

(3) NÉROSES et idées fixes. (Voir les observations de Bei... et de Ver..., p. 60 et suiv.

II

HÉMATOMYÉLIE CERVICALE TRAUMATIQUE. — PARALYSIE DES MEMBRES GAUCHES ET DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT. — THERMOANESTHÉSIE ET ANALGÉSIE DE LA MOITIÉ DROITE DU CORPS. — MYOSIS BI-LATÉRAL. ABOLITION DES RÉFLEXES TENDINEUX AVEC CONSERVATION DES RÉFLEXES CUTANÉS. — AUTOPSIE

PAR

L. Ingelrans,

et

Descarpentries,

agréé, chargé du cours des maladies nerveuses à la Faculté de Lille.

interne des hôpitaux (1.)

Le 29 novembre 1904, au soir, entré à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le service de M. Polet, professeur de clinique chirurgicale, une femme de 26 ans qui venait de recevoir un coup de revolver à la nuque. La balle avait été extraite sous le frein de la langue : elle était cylindro-conique, de 7 millimètres de diamètre. La blessée respire normalement, le pouls est bon.

Examinée le lendemain, on constate que l'intelligence est exacte : la malade souffre beaucoup. Les membres gauches sont complètement paralysés ainsi que le bras droit. Les mouvements du membre inférieur droit sont normaux.

Elle peut contracter le trapèze et l'angulaire de l'omoplate de chaque côté; mais les deltoïdes et les pectoraux sont paralysés. Le diaphragme se contracte rythmiquement et régulièrement ainsi que les sterno-mastoldiens : 40 inspirations par minute. — Réflexes rotuliens abolis; réflexe plantaire conservé à droite; à gauche, signe de Babinski; réflexes abdominaux normaux. Pas de trépidation épileptoïde.

La notion de position a disparu dans les trois membres paralysés. — En ce qui concerne la sensibilité, on trouve un syndrome de Brown-Séquard avec dissociation syringomyélique, c'est-à-dire que la moitié droite du corps (sauf à la région antérieure de l'abdomen) ne perçoit ni la douleur, ni la température; à gauche, au contraire, où les membres sont paralysés, la sensibilité paraît intacte.

À droite, les troubles sensitifs montent jusqu'au niveau des épaules : une zone d'hyperesthésie leur est sus-jacente. À la tête et au cou, sensibilité normale.

Myosis double, sans altérations des réflexes pupillaires : ni enophtalmie, ni rétrécissement de la fente palpébrale. — Déglutition normale. La blessée ne sent pas le besoin d'uriner et doit être sondée. Les règles, apparues deux jours avant le traumatisme, continuent sans changement. Température : 37°. — 56 pulsations.

Intervention opératoire : La balle a pénétré à un centimètre et demi à gauche de la ligne des apophyses épineuses, à trois centimètres au-dessus de l'apophyse de la septième cervicale. On trouve un orifice fait par la balle entre les lames des quatrième et cinquième vertèbres. Du liquide céphalo-rachidien teinté de sang s'écoule; pas d'hématorachis. La dure-mère laisse passer le bout du doigt

(1) Communication faite à la Société de Neurologie de Paris, séance du 6 avril 1905.

qui perçoit la moelle comme un cylindre de consistance normale. Drainage. M. Polet limite là son intervention. Le soir, 36° 8; pouls à 44. Le liquide céphalo-rachidien a traversé le pansement et coule les jours suivants sans interruption. Mort le 7 décembre, huit jours environ après la blessure.

Autopsie : On voit que la balle a perforé la dure-mère d'arrière en avant, traversé la quatrième vertèbre cervicale et le pharynx pour aller se loger dans la base de la langue.

La moelle paraît saine à l'œil et extérieurement, mais les filets nerveux constituant la cinquième racine gauche, sauf les trois filets supérieurs de celle-ci, ont été coupés par le projectile. — Macroscopiquement, une coupe au niveau du cinquième segment médullaire montre une cavité à bords déchiquetés remplie par un caillot sanguin des dimensions d'une petite lentille. L'infiltration sanguine, qui a son maximum en ce point, remonte jusqu'à quatre centimètres au-dessus, au point d'émergence de la deuxième racine cervicale et descend d'autre part jusqu'au deuxième segment dorsal.

Il s'agit donc d'un très important foyer d'hématomyélie. M. Curtin, professeur d'anatomie pathologique, a constaté microscopiquement les lésions que voici :

I. — Au niveau du passage de la balle (partie médiane du V^e segment médullaire) :

Un épanchement sanguin a amené une perte de substance équivalant à peu près au quart postérieur gauche de la moelle. L'hémorragie s'est creusée une loge qui, d'une part, afflue à la pie-mère, sur le bord gauche de la moelle et, d'autre part, s'enfonce en forme de coin, dépassant le septum médian postérieur, jusque dans la partie centrale du cordon postérieur droit, avec de nombreuses irradiations dans toute la substance nerveuse environnante.

Il en résulte une disparition du tiers profond du cordon de Burdach droit, du cordon de Burdach gauche presque en entier, sauf une petite bande périphérique au niveau de la zone de Lissauer, de toute la corne postérieure gauche dont il ne reste qu'une faible partie au point de pénétration des racines, de tout le faisceau pyramidal croisé gauche, et de la majeure partie du faisceau de Gowers et du cordon restant latéral gauche.

On note également une raréfaction évidente des tubes à myéline, en même temps qu'une réaction interstitielle dans le cordon pyramidal direct gauche et dans le reste du faisceau de Gowers qui apparaît comme une zone plus claire en croissant, alors qu'il est impossible de le limiter du côté opposé.

Il faut signaler en plus que toute l'étendue de la coupe présente des lésions de myélite lacunaire, sans qu'il soit possible d'assigner une localisation quelconque à ces lésions diffuses.

Le canal épendymaire intact est rempli de cellules épithéliales desquamées. La substance grise n'est pas lésée au niveau de la commissure.

La pie-mère n'a pas été touchée, l'hémorragie ne fait qu'effleurer sa face profonde.

II. — Segment à deux centimètres environ au-dessus du précédent :

Dans la substance grise il existe une déchirure qui divise toute la corne postérieure gauche dans sa partie médiane; elle s'étend depuis la région de pénétration des racines postérieures jusqu'au niveau de la commissure grise. Cette fente est remplie de sang et de débris de tissu. A son extrémité commissurale, cette fente postéro-antérieure se divise en plusieurs branches allant vers la corne antérieure.

Une seconde déchirure part du pied de la corne antérieure, s'étend transversalement et se termine en s'effilant à l'origine de la commissure grise.

Il existe de l'infiltration sanguine le long du bord antérieur de la commissure grise, créant de petites déchirures dans la commissure blanche et dans les parties les plus profondes de la région du cordon antérieur.

Dans la substance blanche on note une myélite lacunaire diffuse dans toute l'étendue de la moelle, avec prédominance dans le cordon latéral restant gauche, ainsi que dans la région symétrique droite. Dans la région du faisceau pyramidal croisé gauche, les lacunes se tassent en grand nombre et donnent à la moelle un aspect criblé.

D'autre part on trouve la disparition des gaines de myéline dans le tiers profond des deux cordons de Burdach.

Enfin la lésion la plus nette s'observe sur le bord externe et antérieur de la circonférence gauche de la moelle. En ce point qui répond à une transversale passant par le milieu de la tête des cornes antérieures, on trouve une disparition complète des cylindraxes, de sorte que le tissu de la moelle est réduit à un réticulum dont les mailles sont remplies de globules sanguins sans qu'il soit possible d'y noter de corps granuleux. Cette zone répond à la partie la plus postérieure du faisceau de Gowers.

De là, jusqu'au sillon médian antérieur, tout le bord gauche de la moelle présente incontestablement une raréfaction des tubes à myéline qui porte surtout sur les tubes les plus fins, de sorte que cette région paraît plus claire sur les coupes colorées au Weigert-myéline.

III. — Segment à cinq à six millimètres au-dessus du I^{er} :

Dans la substance grise il existe une fente longitudinale entamant toute la corne postérieure gauche et s'étendant depuis son pied jusqu'à son tiers externe, en suivant son bord externe. Sauf les bifurcations de cette fente dans le pied de la corne postérieure, on ne note pas de lésion ni d'hémorragie dans la commissure grise.

La substance blanche, dans son ensemble, paraît beaucoup moins lésée que dans les segments précédents quoique l'on retrouve toujours de la myélite lacunaire mais très peu accentuée, disséminée surtout dans le faisceau pyramidal croisé et le cordon restant latéral. Les cordons de Burdach sont bien conservés avec des tubes intacts. Toutefois une région bien circonscrite et isolée tranche le champ de la substance blanche : c'est une zone cunéiforme à base périphérique, affleurant à la pie-mère, zone dans l'étendue de laquelle presque tous les tubes à myéline ne se colorent plus qu'imparfaitement, formant ainsi une tache très claire sur le fond coloré de la coupe. Elle occupe très exactement le même siège que cette région profondément altérée que nous avons signalée dans le territoire du faisceau de Gowers dans le segment pris au-dessus de la lésion principale : donc, dégénérescence très évidente du tiers postéro-externe du cordon de Gowers, marquée par une perte des gaines de myéline sans qu'on n'y trouve de corps granuleux.

IV. — Extrémité supérieure (I^{er} segment médullaire).

La coupe, après coloration au Weigert-myéline, ne laisse plus voir d'altérations. Tout au plus, pourrait-on voir qu'il existe dans la région des cordons de Gowers une moindre colorabilité de la myéline des plus fins tubes, de sorte que sur les coupes peu colorées ceux-ci perdent plus rapidement leur coloration donnant un aspect plus clair à la région. Cependant, sur les coupes fortement colorées, cet aspect ne se produit plus.

Cà et là, on retrouve quelques lacunes disséminées sans aucun ordre.

V. — Extrémité inférieure (II^e segment dorsal).

On retrouve une toute petite déchirure remplie de sang occupant le côté externe de la partie renflée moyenne de la corne postérieure gauche.

Malgré les énormes lésions constatées plus haut, il n'existe aucune lésion descendante systématisée, sauf quelques lacunes disséminées surtout dans le faisceau pyramidal croisé. Les cordons de Brudach sont intacts. Sur le pourtour des cordons antéro-latéraux droit et gauche, siège une zone où la myélite lacunaire est plus accusée, où les tubes paraissent tuméfiés et partiellement démyélinisés. C'est surtout sur le bord latéral droit, c'est-à-dire du côté opposé à la déchirure de la substance grise que la disparition des tubes et l'état lacunaire sont le plus accusés.

Au point de vue clinique, ce cas est absolument identique à celui que Minor a publié en 1896 (*Archiv für Psychiatrie*, XXVIII, p. 256) mais sans autopsie.

Notre malade avait une héli-thermo-analgésie du tronc et des membres droits (sauf à la région antérieure de l'abdomen). Comment cela peut-il s'expliquer? Lorsque la substance grise est détruite comme dans la syringomyélie, la thermo-analgésie n'existe que dans la région dépendante du segment médullaire lésé, dans la région de la surface cutanée qui se trouve en connexion directe avec ce segment (voir Van Gehuchten : *Semaine médicale*, 1899, pages 114 et 116 et la figure 4 annexée à son travail). Il faudrait pour expliquer la dissociation syringomyélique par une lésion de la substance grise admettre que cette lésion s'étende sur toute la hauteur de la moitié de la moelle, ce qui n'est pas. D'ailleurs, même avec une lésion qui s'étendrait sur une pareille hauteur, les troubles sensitifs ne seraient pas croisés, mais homolatéraux.

La lésion constatée de la substance grise ne pouvant suffire à expliquer les troubles sensitifs, on doit se demander si ceux-ci ne dépendent pas d'altérations de la substance blanche. Or, depuis 1893, Van Gehuchten dit que le faisceau de Gowers qui est croisé sert à la transmission de la sensibilité thermique et douloureuse. Une lésion du faisceau de Gowers explique ici tous les troubles sensitifs et leur topographie. Cette lésion est d'ailleurs très compréhensible, ce faisceau se trouvant à la périphérie de la moelle, juste à l'endroit que la balle a frôlé.

Malheureusement l'opinion de Van Gehuchten sur le rôle de ce faisceau est rejetée par Dejerine qui dit que, à la suite de lésions transverses, ce faisceau peut être dégénéré des deux côtés sans qu'on ait noté des troubles sensitifs comparables à ceux de l'hématomyélie et de la syringomyélie. Chez les animaux, la section du faisceau de Gowers ne donne pas de thermo-analgésie : de plus, ce faisceau va au cervelet et les lésions du cervelet ne donnent pas de troubles de la sensibilité douloureuse ou thermique. D'ailleurs, pour Dejerine et Long, il n'y a pas lieu d'admettre que les sensations dites tactiles, douloureuses et thermiques constituent des fonctions distinctes et que leur conduction médullaire se fasse par des systèmes spéciaux. Ainsi, le présent cas reste absolument obscur, comme les autres observations similaires si on n'admet pas les idées de Van Gehuchten.

Il est encore obscur en ce qui a trait à la parésie du bras droit et au myosis de ce côté. Le myosis gauche s'explique par la destruction des fibres sympathiques irido-dilatatrices qui prennent leur origine dans la moelle à ce niveau. Mais le myosis droit et la paralysie brachiale droite ne peuvent être regardés que comme relevant de la compression ou de l'inhibition possibles de ces fibres

sympathiques à droite et d'une partie du faisceau pyramidal droit. C'est une explication hypothétique.

En ce qui concerne la bradycardie, elle était peut-être normale chez la blessée, puisqu'on ignore le nombre habituel des battements de son cœur. Si elle était pathologique, on pensera à l'expliquer par la lésion possible des origines centrales des nerfs cardiaques sympathiques, c'est-à-dire de la partie inférieure de la moelle cervicale. Mais Wertheimer (*Echo médical du Nord*, 7 août 1898, p. 378) écrit que la plupart des expérimentateurs admettent que l'ablation du système accélérateur ne modifie pas le nombre des battements du cœur. Il faudrait pour que le cœur se ralentit par cette suppression que les nerfs vagues fussent préalablement coupés. Si donc, chez la blessée en question, la bradycardie n'était pas physiologique, on ne peut en indiquer le mécanisme.

Les réflexes cutanés étaient conservés (on a même noté le signe de Babinski d'un côté à un certain jour) mais les réflexes rotuliens étaient abolis. Comment se rendre compte de cette abolition et de cette dissociation? C'est fort difficile. Il est certain que dans le tabes et la maladie de Friedreich, par exemple, les réflexes tendineux sont abolis, tandis que les réflexes cutanés plantaires persistent le plus souvent. Mais le mécanisme ne doit pas être le même que dans le cas actuel.

On tend à admettre que les réflexes cutanés sont d'origine corticale, les réflexes tendineux d'origine basilaire. Van Gehuchten pense que les réflexes cutanés sont liés à l'intégrité de la voie cortico-spinale et les réflexes tendineux à l'intégrité de la voie rubro-spinale. La démonstration n'en est point faite encore. La physiologie normale étant incapable d'indiquer pour le moment la voie des réflexes chez l'homme, on ne sera pas surpris que de pareils états pathologiques soient encore à l'étude. Ce qui est certain c'est qu'une lésion transverse *complète* de la moelle cervico-dorsale amène d'ordinaire une abolition complète de tous les réflexes dans le segment spinal sous-jacent, mais que parfois le réflexe cutané plantaire peut être conservé pendant un certain temps alors que les réflexes tendineux sont complètement abolis. Puisqu'avec une section complète les réflexes cutanés peuvent encore exister, à *fortiori* concevra-t-on qu'ils aient persisté ici puisque la section était incomplète. Néanmoins si c'est un fait, ce n'est pas une explication. C'est par les divers problèmes de physiologie pathologique qu'elle soulève que cette observation d'hématomyélie nous a paru devoir être rapportée.

ANALYSES

NEUROLOGIE

ÉTUDES GÉNÉRALES

BIBLIOGRAPHIE

- (35) **Chirurgie du Système Nerveux (Crâne et Encéphale. Rachis et Moelle. Nerfs)**, par GEORGES MARION (t. VI du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale*, publié sous la direction de PAUL BERGER et HENRI HARTMANN). Un vol. in-8° gr.-jésus de 536 pages, avec 320 figures dans le texte. (G. Steinheil, éditeur, Paris).

Ce nouveau volume du *Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale* contient tout ce qui concerne le traitement chirurgical des affections du crâne, de l'encéphale, du rachis, de la moelle et des nerfs. La chirurgie nerveuse y tient donc la place la plus importante.

La première partie de l'ouvrage a trait aux affections du crâne et de l'encéphale, elle s'ouvre par un exposé de l'anatomie topographique cranio-encéphalique et des moyens de localiser facilement sur la face exo-cranienne la situation des différentes portions des organes intra-craniens que l'on peut avoir à aborder. Un second chapitre est consacré à la technique opératoire : technique de la craniectomie et de la trépanation, des injections intra-cérébrales d'antitoxines, des opérations portant sur l'espace sous-arachnoidien. Puis viennent une série de chapitres, où sont exposées successivement les indications thérapeutiques et la technique des traitements des diverses affections du crâne et de l'encéphale : affections traumatiques (lésions des parties molles, du squelette, épanchements sanguins intra-craniens, épilepsie traumatique, etc.); affections inflammatoires (ostéites, abcès intra-craniens, méningites aiguës, méningites tuberculeuses); affections néoplasiques (tumeurs des parties molles et du squelette, tumeurs intra-craniennes); enfin, affections diverses (épilepsie, microcéphalie, hydrocéphalie, hémorragies cérébrales spontanées, encéphalocèles).

La seconde partie, consacrée au rachis et à la moelle, comprend tout d'abord une étude de la topographie rachi-médullaire, puis la technique des opérations que l'on peut pratiquer sur le rachis : laminectomie, ponction lombaire, injection épidurale; enfin l'étude des différentes affections pour lesquelles le chirurgien peut être appelé à intervenir : affections traumatiques (fractures et luxations du rachis); affections inflammatoires (ostéomyélite vertébrale, tuberculose vertébrale), affections néoplasiques (tumeurs du rachis, des méninges et de la moelle, spina bifida).

La troisième partie, qui comprend la chirurgie des nerfs, est établie sur un plan un peu différent de celui des deux parties précédentes. Sont d'abord étudiées les affections nerveuses qui peuvent nécessiter une intervention chirurgicale.

gicale (compression des nerfs, distension et rupture, plaies, névrites, tumeurs, luxations, meralgies paresthésiques); opérations susceptibles d'être pratiquées sur les nerfs (section, résection, élongation, suture, etc.); enfin successivement est décrite de la façon la plus minutieuse la découverte de tous les nerfs que l'on peut avoir à rechercher. Cette troisième partie se termine par deux chapitres importants : la chirurgie du trijumeau et la chirurgie du sympathique, où se trouve rassemblé pour la première fois tout ce qui concerne ces chirurgies.

A noter parmi les chapitres de technique, ceux concernant la craniectomie, l'extraction des corps étrangers intra-craniens, la lamnectomie, la recherche des nerfs, les interventions sur le trijumeau et le sympathique, les notions anatomiques précises servant d'introduction à la description des opérations, le nombre des figures rendant très facile la compréhension de ces interventions; si tous les procédés sont signalés, l'auteur n'insiste pourtant que sur ceux qui lui semblent les procédés de choix.

Tel qu'il se présente, ce traité a été écrit d'après les idées que l'expérience personnelle de l'auteur a pu lui inspirer et d'après les documents recueillis par les chirurgiens de tous les pays, documents qui tous ont été compulsés. C'est un livre essentiellement pratique.

Les dessins nombreux, originaux pour la plupart, exécutés sous la direction de l'auteur, complètent cet ouvrage, qui aidera à vulgariser la chirurgie du système nerveux.

R.

ANATOMIE

626) **Le Nucléone dans les Centres Nerveux**, par E. CAVAZZANI. *Archives italiennes de Biologie*, vol. LXII, fasc. 1, p. 156-166, oct. 1904.

L'auteur a extrait des centres nerveux des chiens morphinisés un précipité présentant les caractères du ferrinucléone (acide phosphocarnique, carniferrine, nucléone), et qui contenait 6,61 à 7,04 p. 100 d'azote; des centres nerveux des chiens excités par l'absinthe il a extrait un précipité contenant de l'azote dans des proportions de 3,24 à 5,74 p. 100.

La quantité du précipité a été inférieure chez les chiens morphinisés; de sorte que si on fait le calcul du nucléone avec la formule ordinairement employée, on obtient un chiffre plus fort pour les chiens excités.

F. DELENI.

627) **Sur la structure fine et sur les phénomènes de sécrétion de l'Hypophyse**, par RAFFAELE PIRONE. *Archivio di Fisiologia*, vol. II, fasc. I, p. 60-74, novembre 1904.

Cytologie de la glande et étude histologique de la sécrétion. La structure de la glande, les rapports de ses éléments avec les vaisseaux, la haute différenciation de ses cellules, la complexité de ses phases de sécrétion ne permettent pas de penser que la pituitaire est un organe rudimentaire et sans valeur fonctionnelle. En plus des faits généraux rapportés ci-dessus, il est des détails appartenant encore au domaine de l'histologie qui témoignent de son importance : telles sont ses réactions après les mutilations de l'appareil thyro-parathyroïdien et celles qui suivent la suppression des capsules surrénales (Marenghi). Ces réactions tendraient à signifier aussi qu'il existe un rapport fonctionnel étroit entre les glandes à sécrétion interne.

Or précisément l'hypophyse élabore une sécrétion muco-colloïde très analogue sinon identique au produit de la thyroïde, et l'élaboration du produit cellulaire dans les deux cas se fait de la même façon. Il ne paraît pas exagéré d'impliquer avec Lusena la pituitaire dans l'appareil thyro-parathyroïdien, de dire avec Rogowitch que l'hypophyse est l'organe complémentaire de la thyroïde, ou de soutenir que les trois glandes, la pituitaire, la thyroïde et la surrénale sont complémentaires les unes des autres pour une fonction commune qui est la défense contre les toxines, ce qui ne veut d'ailleurs nullement dire que l'hypophyse ne puisse avoir une action spécifique sur la nutrition de certains éléments anatomiques.

L'action commune et complémentaire des glandes à sécrétion interne permet de s'expliquer pourquoi les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle de l'hypophyse et pourquoi certains lui refusent toute valeur fonctionnelle. C'est qu'elle peut être supplée par la thyroïde, d'où atténuation de sa suppression.

F. DELENI.

PHYSIOLOGIE

628) **Sur les effets de la résection des Nerfs du Pancréas**, par GIUSEPPE ZAMBONI. *Riforma medica*, an XXI, n° 1, p. 3, 7 janvier 1905.

La résection des nerfs pancréatiques est très bien supportée par les chiens. Pas de glycosurie. Les animaux qui ont été conservés plusieurs mois après l'opération n'ont présenté aucun trouble important. Certains ont augmenté de poids.

F. DELENI.

629) **Le Sympathique cervical concourt-il à l'Innervation Vasomotrice du Cerveau?** par F. DE MARCHIS. *Archivio di Fisiologia*, vol. II, n° 2, p. 207-216, janvier 1905.

Les expériences de l'auteur sur le lapin tendent à montrer que le sympathique cervical ne fournit pas un appareil vasomoteur aux vaisseaux cérébraux, ainsi que Cavazzani, Richet, Morat et Doyon l'ont admis. Il est possible que d'autres nerfs pourvoient à l'innervation encéphalique vasomotrice, mais sur ce point on ne sait rien de précis.

F. DELENI.

630) **Contribution expérimentale à l'étude de l'influence des lésions nerveuses sur l'Échange**, par A. VALENTI. *Arch. italiennes de Biologie*, t. XLII, fasc. 2, 1904 (paru le 25 janvier 1905).

Expériences sur des pigeons (décérébration) et sur des chiens (section de la moelle, diverses lésions nerveuses). D'une façon générale et quelle que soit la lésion, les animaux opérés ne recouvrent jamais leur poids; la diminution en poids coïncide avec une élimination moindre des phosphates et de l'azote; la lenteur dans l'échange organique des tissus est évidente. Après l'ablation d'un seul hémisphère ou des deux chez le pigeon il n'y a pas de différence appréciable dans la diminution des échanges; d'après les expériences sur le chien, l'intégrité absolue du cerveau semble nécessaire pour régler l'échange organique.

Et c'est non seulement le cerveau, mais le cerveau avec la moelle, dans leur intégrité absolue, qui règlent le chimisme des tissus; l'action synergique des

deux hémisphères et des centres inférieurs est excitatrice de l'échange des substances azotées et phosphorées.

FEINDEL.

- 631) **Sur la tendance des Oscillations automatiques de l'Excitabilité des Centres nerveux à se synchroniser avec le stimulus. Contribution à la connaissance de la Rythmicité dans quelques phénomènes physiologiques**, par A. PARI. *Arch. italiennes de Biologie*, vol. LXII, 1904, fasc. 2, p. 217-228 (paru le 28 janvier 1905).

A des stimulus rythmiques portés sur les centres nerveux font suite des réponses musculaires rythmiques (expériences sur la pièce détachée : moelle, sciatique, patte de grenouille). Mais les réponses sont oscillantes, périodiques, c'est-à-dire que sous la forme la plus simple elles se présentent comme une succession alternative (sur le tracé) d'ascensions longues et d'ascensions brèves. Cette périodicité dépend d'oscillations automatiques rythmiques dans l'excitabilité des centres médullaires, lesquelles oscillations de l'excitabilité dépendraient à leur tour d'oscillations dans les échanges, d'alternatives d'assimilation et de désassimilation prédominantes. L'auteur compare ce phénomène de synchronisation de la physiologie expérimentale avec ceux que connaissent les physiiciens, puis avec certains phénomènes automatiques rythmés plus complexes (mouvements respiratoires et respiration périodique, pas réglé sur les sons rythmiques, clignement synchronisé avec le pouls, alternatives de veille et de sommeil, habitudes).

FEINDEL.

- 632) **Sur l'Excitabilité normale, sur la Fatigue et sur la restauration des Centres de réflexion de la Moelle épinière**, par A. PARI. *Arch. italienne de Biologie*, vol. XLII, p. 229-236, 1904 (paru le 23 janvier 1905).

Les centres de réflexion de la moelle se fatiguent : les réactions obtenues avec un stimulus constant et réitéré diminuent peu à peu d'amplitude. Quand les centres de réflexion sont fatigués, si l'on suspend les stimulations, la réparation a lieu. Le temps nécessaire pour la restauration est très variable, mais, en général, un centre médullaire fatigué se restaure beaucoup plus rapidement qu'un muscle fatigué. Un repos de quelques secondes est parfois suffisant pour obtenir une restauration complète; le plus souvent, un repos aussi court n'amène qu'une restauration incomplète. La restauration se produit d'autant mieux que la fatigue a été moindre et que le repos est plus long. En résumé, en ce qui concerne la *fatigabilité*, il n'y a point de différence essentielle entre les centres médullaires et les autres centres nerveux.

FEINDEL.

- 633) **Action de quelques Substances injectées sous la Dure-mère Cérébrale**, par G. GAGLIO et G. NARDELLI. *Archivio di Farmacologia sperimentale e Scienze affini*, vol. III, fasc. 9, p. 366-377, sept. 1904.

L'auteur a injecté diverses substances, morphine, quinine, nicotine, physostigmine, hyoscine, caféine, chloral, sous la dure-mère de chiens et de lapins trépanés.

Ces expériences ont confirmé ce fait qu'une substance toxique, mise directement au contact du cerveau, est très active, même à dose infinitésimale. De plus, les substances injectées sous la dure-mère, peuvent avoir une action différente de celle qu'elles exercent lorsqu'on les introduit dans la circulation générale; ainsi des convulsions violentes et persistantes ont été provoquées par la morphine et par la quinine.

Si des toxiques ne modifient pas l'activité des centres nerveux, c'est parce qu'ils n'arrivent pas à ces centres; les leucocytes et d'autres éléments de l'organisme qui ont pour eux une affinité élective les retiennent. Si bien que la dose injectée directement sur le cerveau, et qu'on croit minime, produit des effets considérables précisément parce qu'elle est énorme, en comparaison de la dose qui parvient aux centres quand le poison est injecté sous la peau ou dans les veines.

Quant aux convulsions produites par la morphine et la quinine, elles s'expliquent par l'inégale répartition du toxique sur l'écorce cérébrale, et par la déséquilibre fonctionnelle qui en résulte.

F. DELENI.

- 634) **Quelques phénomènes moteurs et d'inhibition chez le Scyllium**, par G. VAN RYNDERK. *Archivio di Farmacologia sperimentale e Scienze affini*, vol. III, fasc. 7. p. 270-276, juillet 1904.

Lorsqu'on remet au bassin des chiens de mer dont la moelle a été légèrement blessée, ces animaux présentent un mouvement spécial d'ondulation sur place, une natation abortive. Une excitation légère de la surface du corps inhibe l'ondulation et provoque l'immobilité; une excitation plus forte transforme la reptation en nage vraie et détermine la fuite.

F. DELENI.

- 635) **Influence de la Fatigue générale sur la précision du tir**, par BENECK. *Réunion biologique de Nancy*, 10 juillet 1903; *Revue médicale de l'Est*, 1904, n° 1.

Une marche, avec une charge moyenne de 20 kilogrammes, bien conduite, effectuée à une vitesse moyenne de 1 kilomètre en 12 minutes par un homme entraîné, et soutenue pendant une durée de 7 à 8 heures, est sans influence sur la précision du tir. Elle est également sans influence notable sur la sensibilité différentielle de la rétine, la persistance des impressions rétinienne, la force dynamométrique des muscles de l'avant-bras et du tronc, ni sur la coordination du mouvement nécessaire pour le pointage de l'arme.

G. E.

- 636) **Sur l'importance de l'Oxygène dans les fonctions de la Moelle épinière isolée**, par S. BAGLIONI. *Archives italiennes de Biologie*, vol. XLII, fasc. 1. p. 83-93, oct. 1904.

Les expériences ont été pratiquées sur des moelles de grenouille, isolées de tout, et ne tenant qu'à un sciatique se rendant à une moitié périphérique de patte, devant témoigner de l'excitabilité de la moelle.

Or cette excitabilité se perd assez vite dans l'air humide (1 h.), beaucoup plus lentement (24-36 h.) dans un milieu gazeux ou liquide riche en oxygène (O sous pression, eau où l'on fait barboter un courant d'O, eau oxygénée). Les centres nerveux de la moelle ont besoin de beaucoup d'O; ils peuvent utiliser pour leur vie et pour leur activité fonctionnelle, non seulement l'oxygène moléculaire, mais aussi celui qui leur est offert sous forme de substance composée oxydante (eau oxygénée).

F. DELENI.

- 637) **Contribution à l'étude clinique de la Ménopause précoce**, par Mlle DARCANNE-MOUROUX. *Thèse de Paris*, nov. 1904.

Quelquefois la cause est nerveuse, le plus souvent il s'agit d'insuffisance ovarienne.

FEINDEL.

ÉTUDES SPÉCIALES

CERVEAU

- 638) **Des Encéphalocèles de l'angle interne de l'Orbite**, par CLAIR. *Thèse de Nancy*, 1904-1905.

Thèse contenant notamment une observation intéressante d'encéphalocèle double, dont l'un, complètement obturé, fut facilement enlevé; l'ablation de l'autre, resté en communication avec le sac méningé, entraîna une méningite et la mort.

G. E.

- 639) **Euphorie survenant par accès au cours des Tumeurs Cérébrales**
Wiener Klin. Woch., 1905, n° 2.

L'auteur en a observé un cas. Il s'agit d'un homme ayant une tumeur cérébrale et qui avait, en dehors et indépendamment des crises d'épilepsie partielle, des troubles psychiques caractérisés par de l'euphorie très prononcée. De tels faits sont d'une extrême rareté.

HALBERSTADT.

- 640) **Sur un cas de Microcéphalie vraie** (note clinico-anatomique), par R. TAMBRONI et A. D'ORMEA. *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, anno XXXII, fasc. III et IV, 1902).

Description détaillée clinique et anatomique d'une microcéphale d'une cinquantaine d'années.

Le cerveau frais pèse 427 grammes; il appartient au groupe de la microcéphalie vraie sans lésions anatomiques, et précisément à la microcéphalie d'un haut degré.

La symétrie des hémisphères est remarquable; c'est d'ailleurs un fait qui appartient aux cerveaux de microcéphales à surface simplifiée par l'absence de la plupart des plis secondaires et de perfectionnement.

Les artères de la base du crâne étaient de très petit calibre; une telle constatation, souvent faite, a permis d'élever la théorie douteuse de la microcéphalie par aplasie des vaisseaux cérébraux.

Tableau des mensurations encéphaliques dans 47 cas de microcéphalie.

F. DELENI.

- 641) **Un cas de Syndrome de Little avec Athétose**, par ARBACE PIERI. *Clinica moderna*, an X, n° 45, p. 529, 9 nov. 1904.

Histoire d'un homme actuellement âgé de 25 ans (père syphilitique); il est né à terme (présentation de l'épaula), mais en état d'asphyxie et eut des convulsions dans les heures qui suivirent la naissance. Description des contractures, des troubles de la parole, des mouvements athétosiques de la face et des quatre membres. L'athétose serait un signe d'altération pyramidale, capable de s'associer à des syndromes variés, mais non une maladie.

F. DELENI.

- 642) **Paralyse Infantile cérébrale et spinale chez frère et sœur** (Zerebrale und spinale Rindeelähmung bei Geschwistern), par HOFFMANN. *Rheinisch-westfälische Gesellschaft. für innere Medizin und Nervenheilkunde*, 6 nov. 1904.

Observations de deux enfants qui, après avoir présenté des signes de méningite aiguë, eurent ensuite l'un une paralysie d'origine cérébrale avec athétose

clonus du pied, phénomène de Babinski, chez l'autre une monoplégie d'origine médullaire avec atrophie musculaire considérable.

Ces observations concordent avec les cas de poliomyélites dues au méningocoque publié par Schultze en janvier. Pour Hoffmann il y a eu chez ses deux malades infection gastro-intestinale, méningite cérébro-spinale qui, chez l'un, occasionna une poliocéphalite cérébrale par lésion de l'écorce, tandis que chez l'autre le processus frappa uniquement les racines antérieures et amena une poliomyélite.

DEVAUX.

643) Cas d'Hémiplégie Infantile du côté droit ; description des lésions trouvées dans le Cerveau et dans la Moelle. *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, vol. XVI, p. 21, janvier 1903.

A l'atrophie de la moitié droite du corps correspondent des lésions surtout atrophiques du cerveau gauche et de la moelle droite; 9 bons dessins.

THOMA.

644) Contribution clinique à l'étude de l'Atrophie des Hémisphères (*Klinischer Beitrag zur Hemisphärenatrophie*), par MORIZ INFELD (Vienne). *Wiener Klinischen Rundschau*, 1904, n° 32, 33, 34.

Observation d'un malade de 39 ans dont les symptômes doivent être rapportés à une atrophie de l'hémisphère gauche : atrophie de la moitié gauche du crâne, et de la moitié droite du visage au-dessous du front, déviation de la partie inférieure du visage vers la droite, développement moindre du thorax à droite ; diminution de l'acuité auditive et rétrécissement partiel du champ visuel à droite ; tremblement intentionnel et diminution de durée de la contraction musculaire dans le bras droit ; épilepsie tardive à 35 ans avec un certain degré d'imbécillité.

L'auteur termine par l'observation d'une femme présentant un « caput obstipum » où l'asymétrie crânienne, due à une malformation intra-utérine, n'étant pas secondaire à une maladie cérébrale ne s'accompagne pas de troubles du système nerveux comme dans le cas précédent.

BRÉCY.

MOELLE

645) De la Griffe Cubitale, par M. OCTAVE SAUVAIRE. *Thèse de Montpellier* n° 27, 17 février 1904 (67 p.)

Revue d'ensemble sur la question, avec dix observations dont une personnelle.

Après quelques aperçus sur la statique et la dynamique de la main, l'auteur décrit la griffe cubitale et étudie son mécanisme physiologique (abolition fonctionnelle des interosseux et des lombricaux). Il passe en revue les troubles de la motilité, de la sensibilité et de la nutrition, et termine par quelques rapides considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement.

G. R.

646) Des modifications de Sensibilité Musculaire dans le Tabes et d'autres états pathologiques, par W. BECHTÉREFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, 1904, n° 3, p. 71-72.

La diminution de la sensibilité à la pression dans le tabes est observée aux extrémités supérieures et aux extrémités inférieures; cette hypoesthésie se

manifeste simultanément avec la disparition de la sensibilité des troncs nerveux à la pression et à la percussion. Ce symptôme se rencontre aussi dans d'autres processus morbides avec interruption des conducteurs sensitifs à tel ou tel niveau. Pour l'étude de ce phénomène, l'auteur a inventé un appareil particulier, myoesthésiomètre.

SERGE SOUKHANOFF.

- 647) **Présentation de Coupes d'Yeux et de Nerfs Optiques de Tabétiques Amaurotiques**, par A. LÉRI. *Soc. anatomique*, juin 1904, Bull., p. 520.

L'atrophie optique du tabes n'a pas pour cause la dégénérescence primitive des cellules de la rétine: le nerf est atrophié par un processus d'endopériphlébite, d'endopériartérite de ses vaisseaux.

FEINDEL.

- 648) **Des difformités consécutives à la Paralysie Infantile siégeant au niveau des membres**, par J. RABÈRE. *Thèse de Bordeaux*, 1904-1905, n° 13, (164 p., 62 obs., 2 pl.), imprimerie Y. Cadoret.

Revue générale des traitements chirurgicaux des déformations des membres consécutives à la paralysie infantile. Division de ces déformations en pied paralytique (pied ballant, pied bot paralytique et ses diverses formes); genou paralytique (genou ballant et genou bot); hanche paralytique (coxo-bot et luxation iliaque paralytique); épaule paralytique; main-bote paralytique; paralysie totale d'un membre. Description clinique de ces différentes variétés de déformations.

JEAN ABADIE.

MÉNINGES

- 649) **Abcès sous-duremérien; Trépanation de l'os pariétal droit; drainage de la cavité intracrânienne; guérison**, par HANDJIAN. *Club médical de Constantinople*, 4^{er} déc. 1904.

L'intervention chirurgicale, pratiquée à temps, aussi largement que possible, a sauvé la vie du malade, le pronostic de pareilles affections étant excessivement grave.

THOMA.

- 650) **Fièvre Typhoïde à début Méningitique. Perforations intestinales multiples. Laparotomie. Mort**, par G. BOUSSENOT. *Bulletin médical*, 4 février 1905, p. 409.

La localisation du bacille d'Eberth sur les méninges est probablement constante dans ce type des infections qu'est la fièvre typhoïde.

FEINDEL.

- 651) **Polyurie et éliminations urinaires dans la Méningite Cérébro-spinale**, par LÖPER et GOURAUD. *Presse médicale*, n° 9, p. 65, 1^{er} février 1905.

Les troubles urinaires sont d'une telle fréquence dans la méningite cérébro-spinale qu'ils constituent la règle et peuvent servir au diagnostic. Il est curieux de voir des malades avec 40° de fièvre émettre jusqu'à 3 et 4 litres d'urine claire; la polyurie est le trouble le plus fréquent; il peut s'y joindre l'azoturie, l'irrégularité de la sécrétion chlorurée, etc.

Les auteurs établissent la pathogénie bulbaire de ce « diabète méningitique ».

FEINDEL.

- 632) **Hémorragie Méningée sous-arachnoïdienne. Ponction lombaire. Guérison**, par BRAILLON (d'Amiens). *Nord médical*, 1^{er} février 1905, p. 31.

La ponction lombaire a permis, dans ce cas, d'affirmer le diagnostic d'hémorragie méningée. La teinte jaune ambrée, la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien était symptomatique d'une hémorragie intra-crânienne, et la présence des globules rouges, se déposant lentement au fond du tube sous l'influence du repos, de façon à former un culot rouge, sans provoquer de complications, sans formation de flocons fibrineux, montrait que l'hémorragie s'était faite dans les espaces sous-arachnoïdiens eux-mêmes.

FEINDEL.

- 633) **Quelques considérations sur l'étiologie de la Méningite Tuberculeuse**, par TANKA. *Thèse de Nancy*, 1903-1904.

La plus grande fréquence de la méningite tuberculeuse s'observe entre l'âge de 4 mois et 1 an; sur 87 observations, on n'a pas relevé de cas antérieurs à 4 mois.

La méningite, chez l'enfant, n'est qu'un épisode au cours d'une tuberculose miliaire aiguë. Dans 11 cas seulement, elle a paru exister seule.

Presque toutes les autopsies ont révélé l'existence de lésions spécifiques, uniques ou multiples d'âge plus avancé. Leur siège le plus fréquent réside dans les ganglions trachéo-bronchiques avec un cas de lésion pulmonaire concomitante, ce qui met en évidence le mode d'infection de l'organisme par les voies aériennes.

G. E.

- 634) **Pachyméningite gommeuse localisée au niveau du Sinus longitudinal supérieur**, par L. MARCHAND. *Soc. anatomique*, octobre 1904, Bull., p. 679.

Cerveau de paralytique général syphilitique; l'épaississement est dû à un grand nombre de petites gommès confluentes.

FEINDEL.

- 635) **Idiotie acquise et Épilepsie provoquées par une Méningite chronique**, par L. MARCHAND. *Soc. anatomique*, octobre 1904, Bull., p. 677.

Il s'agit d'un sujet considéré d'abord comme atteint de démence épileptique; l'examen du cerveau montra qu'on était en présence d'un cas de méningite ancienne et guérie qui avait déterminé des crises comitiales en même temps qu'un arrêt de développement du cerveau. Dans ce cas les lésions de méningite chroniques atteignant un degré qu'il est rare de rencontrer chez des sujets dont l'histoire ne permet de relever dans le passé aucun accident aigu.

FEINDEL.

- 636) **Méningite suppurée due au Coli-bacille chez un Paralytique général porteur d'une Eschare sacrée**, par A. VIGOUROUX et SAILLANT. *Soc. anatomique*, juin 1904, Bull., p. 515.

L'eschare sacrée a été préparée par un furoncle; l'infection staphylococcique s'est guérie mais a laissé une mortification des tissus qui a été l'origine de l'eschare. Celle-ci fut infectée par les déjections, et elle détermina une méningite purulente à coli-bacilles limitée à la moitié inférieure de la moelle. A remarquer la rareté des méningites spinales suppurées chez les P. G. étant donnée la fréquence des eschares souillées chez ces malades.

FEINDEL.

- 657) **Un cas de Méningite cérébro-spinale; ponction lombaire; liquide céphalo-rachidien purulent, guérison parfaite**, par S. A. AGATSTON. *New-York med. Journ.*, 4 février 1905, p. 231.

Une première atteinte, légère, a été suivie d'une rechute chez un garçon de 16 ans; la forme à rechutes, fréquente dans la méningite tuberculeuse, est exceptionnelle dans la méningite cérébro-spinale. Le fait d'intérêt prédominant est que la purulence du liquide céphalo-rachidien n'empêcha pas la guérison.

THOMA.

NERFS PÉRIPHÉRIQUES

- 658) **Anastomose chirurgicale entre le tronc du Nerf Facial et le Grand Hypoglosse chez un chien. Retour de la motilité dans les muscles de la face**, par F. VILLAR (de Bordeaux). *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 25 nov. 1904, in *Gaz. hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 18 déc. 1904, n° 51, p. 607.

Chez un chien, ligature du facial, sectionné au ras du trou stylo-mastoïdien, au travers d'une boutonnière pratiquée sur le grand hypoglosse au-dessus du digastrique. Pendant trois mois, paralysie faciale du côté opéré avec perte de réactions électriques : au bout de ce temps, retour de l'excitabilité faradique. Cinq mois après l'opération, disparition de la flaccidité et de l'asymétrie de la joue; les mouvements de la langue amènent des contractions des muscles de la face du côté opéré. Description d'un procédé opératoire chez l'homme pour établir l'anastomose hypoglosso-faciale.

JEAN ABADIE.

- 659) **Lésions traumatiques des Nerfs. Observations histologiques, expérimentales et cliniques**, par C. TONARELLI. *Il Morgagni*, vol. XVI, n° 9, 10, 11, 12, sept.-déc. 1904.

Travail très volumineux, mettant au point l'histoire des lésions traumatiques des nerfs et toutes les questions qui s'y rattachent.

F. DELENI.

- 660) **Étude des altérations histologiques des Nerfs périphériques dans les Œdèmes chroniques**, par CH. DOPFER. *Gazette des Hôpitaux*, an LXXVIII, n° 4, p. 39, 12 janvier 1905.

Les malades porteurs d'œdème chronique des membres, d'origine asystolique, néphritique, phlébitique, présentent au niveau des parties infiltrées des troubles moteurs et sensitifs qui sont sous la dépendance immédiate d'altérations des nerfs périphériques.

Ces altérations sont de deux ordres : a) dégénérescence wallérienne; b) nécrose segmentaire périaxile.

La nécrose segmentaire périaxile naît sous l'influence immédiate de la pénétration des substances contenues dans le liquide d'œdème, à travers l'étranglement annulaire. De là elles imprègnent toute la continuité du segment interannulaire, en détruisant progressivement les éléments, tout en respectant relativement le cylindraxe.

Une fois le cylindraxe rompu ou assez altéré pour ne plus pouvoir assurer la conduction nerveuse la lésion de la fibre nerveuse périphérique prend le type de la dégénérescence wallérienne.

THOMA.

- (661) **Les recherches sur l'agent spécifique de la Rage**, par EUGENIO LA PEGNA. *Annali di Neurologia*, an XXII, fasc. 4-2, p. 182-191, 1904.

Bien qu'on puisse faire encore quelques réserves sur les corps de Negri, il semble de plus en plus qu'on ne puisse concevoir l'agent de la rage que comme un microzoaire.

F. DELENI.

- (662) **Nouvelles recherches sur les corps de Negri en rapport avec l'étiologie de la Rage**, par L. D'AMATO, *Riforma medica*, 9 nov. 1904, p. 1233-1242.

Travail très important, d'après lequel le rôle des corps de Negri en tant qu'agents propagateurs de la rage semble douteux. L'auteur ne conclut ni dans un sens ni dans l'autre.

F. DELENI.

- (663) **Historique sommaire de la Lèpre dans nos diverses possessions coloniales**, par KERMORGANT. *Académie de médecine*, 24 janvier 1905.

L'auteur fait ressortir l'extension de plus en plus grande que prend chaque jour la lèpre dans notre domaine colonial et insiste sur la nécessité de prendre des mesures pour éviter la contamination de la métropole.

FEINDEL.

- (664) **Morphine, Morphinomanie, Morphinomanes**, par PAUL MACÉ. *Thèse de Paris*, n° 328, mai 1904 (60 p.).

A cause des dangers qu'elle fait courir à ceux qui en usent, la morphine ne devrait être employée que comme médicament, prescrite par le médecin seul et administrée par le médecin lui-même. Toute personne qui vend de la morphine sans ordonnance d'un médecin (ordonnance récente), ou qui en procure, se rend complice d'un assassinat et comme telle devrait être poursuivie et punie de peines rigoureuses. Le meilleur remède de la morphinomanie consiste dans ce moyen prophylactique : la surveillance et la réglementation de la vente de la morphine.

FEINDEL.

DYSTROPHIES

- (665) **Maladie osseuse de Paget**, par JULES VINCENT. *Thèse de Paris*, déc. 1904.

Revue générale et discussion des deux théories pathogéniques, l'hérédosyphilitique et la trophonévrotique.

FEINDEL.

- (666) **Gigantisme unilatéral**, par C. REISMANN. *Australasian medical Gazette*, 20 juin 1904.

Note additionnelle à un cas publié en 1902. L'enfant né asymétrique en cette année, continue à être asymétrique. Le membre inférieur droit a 5 centimètres de plus que le gauche, etc.; le côté gauche du crâne est plus grand que le droit : ainsi, *gigantisme croisé* du crâne et d'un côté du corps.

THOMA.

- (667) **A propos des Doigts hippocratiques et de leurs rapports avec l'Ostéocarthropathie hypertrophiante pneumonique de P. Marie**, par LUIGI FERRIO. *Il Morgagni*, n° 8, 1902.

La pathogénie du doigt hippocratique réside dans un trouble local de la circulation, d'origine réflexe, sous la dépendance de lésions des viscères thoraciques ou abdominaux.

F. DELENI.

668) **Rapports de l'Adénoïdisme et du Myxœdème**, par M. WEBER. *Société de Thérapeutique*, 9 nov. 1904.

Les rapports de l'adénoïdisme avec le myxœdème sont établis :

1° Par Wingrave; sur 60 malades examinés (rhinite atrophique) vingt-huit fois le corps thyroïde ne put être reconnu à la palpation; deux fois il était hypertrophié;

2° Par Rivière et Rayer, qui ont constaté l'énorme fréquence des végétations adénoïdes dans les pays à goitre;

3° Par les expériences d'Horsley sur la colite muco-membraneuse. Après avoir détruit le corps thyroïde chez des singes, cet observateur a constaté : a) l'accumulation de mucine dans le tissu conjonctif des animaux en expérience; b) la constitution mucineuse presque exclusive des selles chez les animaux éthyroïdés.

E. F.

669) **Myxœdème expérimental**, par G. CORONEDI et G. MARCHETTI. *Rivista veneta di Scienze mediche*, 30 nov. 1904.

Les chiens nourris pendant quelque temps avec des graisses halogénées et sur qui l'on pratique la thyroparathyroïdectomie après cette préparation, jouissent de cette immunité singulière de ne présenter aucun accident, ou de n'en présenter que de très légers à la suite de l'opération: dans la suite, ils continuent à avoir une santé parfaite pendant des mois et des années, à la condition, bien entendu, qu'ils continuent à recevoir des graisses halogénées.

Cependant il arrive que, sans raison appréciable, ils viennent à être pris d'accidents morbides soit aigus, soit chroniques, mettant fin à cet état de santé. Ce sont deux observations de troubles à évolution lente que les auteurs publient; les chiens en question ont présenté le syndrome myxœdémateux au complet.

Le premier chien, après quelques phénomènes consécutifs à la thyroparathyroïdectomie, est resté pendant un an et demi dans un état de bien-être complet. Puis, graduellement il est devenu apathique, indifférent, stupide; son poids est passé graduellement de 13 kilogrammes à 49, le tégument infiltré, les poils devenus raides et cassants, le facies étant vraiment myxœdémateux, ce chien est mort vingt-cinq mois après l'opération, sept mois après le début du myxœdème, dans son adipose et sa torpeur.

Le deuxième chien a survécu treize mois à l'opération; il a été myxœdémateux quatre mois.

Tels sont les faits singuliers du myxœdème opératoire que les auteurs relatent dans le présent mémoire.

F. DELENI.

NÉVROSES

670) **Quelques considérations sur un cas de Névrose Traumatique**, par L. STROMINGER. *Spitalul*, n° 14-15, 1903.

Observation d'un cas intéressant. Le traitement psychique est le meilleur.

C. PARHON.

671) **Un cas de Puérilisme mental chez une Hystérique. Guérison par suggestion**, par LEROY (Évreux). *Soc. médico-psych., Ann. médico-psych.*, LXIII, 9^e S., t. I, p. 110, janvier 1905.

Les crises de puérilisme alternent avec les crises convulsives, presque quotidiennement. Guérison définitive par la suggestion.

M. T.

672) **Les fausses Grossesses. La Grossesse Nerveuse**, par P. HENRY.
Thèse de Paris, n° 285, avril 1904 (86 p.).

Thèse écrite de façon peu banale et rapportant tout au long plusieurs cas historiques ou seulement célèbres de grossesse nerveuse. — Conclusion : Comme étiologie on peut hardiment rattacher la grossesse nerveuse à l'hystérie dont elle est une manifestation fréquente. La connaissance de l'état mental des hystériques, les troubles de conscience et de personnalité que présentent ces malades, l'influence d'une idée fixe, d'une idée reine annihilant toutes les autres et déterminant les troubles psychiques et physiques si bien décrits par P. Janet, permettent de faire de la grande névrose la cause unique de la grossesse nerveuse.

FEINDEL.

673) **Un cas de Sommeil pathologique**, par STEPPAN. *Revue c. neurologii, etc.*, n° 4, 1904.

Femme de 29 ans, d'ailleurs bien portante, qui se trouvait à la fin de sa neuvième grossesse, a été prise tout à coup d'une vive émotion à cause d'une mort dans la famille. Après la naissance de l'enfant, qui mourut bientôt, l'état psychique de la femme changea, présentant alors quelques caractères de l'état psychique hystérique qui a persisté une année environ. A cette époque la malade se trouvant de nouveau en état de grossesse, on a observé chez elle, outre des attaques de sommeil, une durée pathologique du sommeil normal allant jusqu'à cinquante-sept heures. La malade ne se levait que pour besoins et l'intensité du sommeil était de plus en plus forte, de sorte qu'il était presque impossible de l'éveiller. Dans ce temps, la malade offrait aussi quelques signes physiques de l'hystérie.

Cet état de somnolence a duré un mois et il a cessé probablement sous l'influence d'une émotion agréable éprouvée par la malade lors de l'arrivée de sa sœur.

La grossesse achevée, la malade est devenue tout à fait normale. Il est intéressant de noter que la malade, à l'époque de sa première grossesse, qui a fini par l'avortement dans le quatrième mois, a été prise pendant trois jours d'une somnolence insurmontable.

HASKOVEC.

674) **Ecchymoses spontanées chez un Neurasthénique**, par J. NANU MUSCEL. *Bull. de la Soc. des sciences médicales de Bucarest*, n° 2, 1904.

Ecchymoses palpébrales chez un jeune neurasthénique. C. PARHON.

675) **Épilepsie et Aliénation mentale longtemps méconnues**, par PARIS. *Revue médicale de l'Est*, 1904, n° 22.

Observation d'une femme âgée de 31 ans, ayant déjà subi 24 condamnations pour vagabondage, vols, ivresse publique, outrages, violences. ... sans que personne se soit occupé de faire examiner son état mental, lorsqu'elle demanda à la Cour de réformer le vingt-quatrième jugement qui la frappait. Placée en observation à Maréville, M. Paris constate chez elle des crises fréquentes d'épilepsie, avec nombreux stigmates de dégénérescence. Caractère habituel des épileptiques.

G. E.

676) **Observations de Convulsions chez les Enfants et leurs relations avec l'Épilepsie**, par O. MOOX. *Lancet*, 24 déc. 1904.

Les enfants convulsionnaires ont presque tous une hérédité toxique ou ner-

veuse. Même dans le cas d'enfants absolument sains, les convulsions sont un précédent fâcheux.

THOMA.

677) **A propos de la symptomatologie de la Chorée de Sydenham** (Zur Symptomatologie der Sydenham'schen Chorea), par J. HEY (Strasbourg). *Strasburger medizinischen Zeitung*, 49 sept. 1904.

L'auteur attire l'attention sur l'existence dans la chorée d'un symptôme, l'hypotonie musculaire qui peut rendre des services pour le diagnostic.

BRÉCY.

PSYCHIATRIE

ÉTUDES SPÉCIALES

PSYCHOSES TOXI-INFECTIONNEUSES

678) **Folie Pellagreuse**, par MONGERI. *Club médical de Constantinople*, 17 nov. 1904.

Folie pellagreuse chez une jeune Arménienne s'alimentant d'un mélange de farines de maïs et de blé. Revue générale à propos de ce cas.

THOMA.

679) **Un cas de Polynévrite avec Psychose de Korsakoff**, par GIUSEPPE GASPARINI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 18 décembre 1904, p. 1606-1608.

Il s'agit d'un berger de 32 ans qui, après s'être exposé tout le printemps avec insouciance aux pluies torrentielles et aux changements brusques de température de la montagne, fut pris de douleurs et de faiblesse des membres. Cela devint une polynévrite typique des quatre membres, avec des œdèmes et prédominance de la paralysie dans les groupes des muscles extenseurs. Dans la convalescence de cette polynévrite, le berger eut à participer à des discussions familiales d'intérêt; sa faculté d'attention, sa mémoire s'affaiblirent, son caractère se modifia, il devint sombre et méfiant, il délira, bref il présenta le tableau de la psychose de Korsakoff. Il guérit parfaitement de la polynévrite et de la psychose.

L'auteur discute longuement son diagnostic et il insiste sur l'étiologie de son cas qui se borne aux refroidissements répétés et à une constipation opiniâtre.

F. DELENI.

PSYCHOSES CONSTITUTIONNELLES

680) **Remarques sur la Mélancolie**, par JOSEPH COLLINS. *New-York Neurological Society*, 1^{er} nov., et *Medical Record*, 24 déc. 1904, p. 1007.

Quelques observations. L'auteur insiste sur les difficultés de la différenciation entre la folie maniaco-dépressive et la mélancolie d'involution.

THOMA.

681) **De l'Automatisme ambulateur; son importance au point de vue médico-légal**, par FÉVRIER et PARISOT. *Revue médicale de l'Est*, 1904, 1^{er} juin 1904.

Étude clinique d'un jeune soldat déserteur par suite de fugues inconscientes

précédées de phénomènes prodromiques, et porteur de stigmates sensitivo-sensoriels très nets. Non-lieu devant le conseil de guerre; réforme. G. E.

682) **Curieux Collectionnisme et moyens de protection chez une démente persécutée**, par LEROY (Evreux). Soc. médico-psych., *Ann. médico-psych.*, LXIII, 9^e S., t. I, p. 114.

La malade s'introduit dans le vagin et le rectum les objets les plus divers comme protection contre ses persécuteurs. M. T.

PSYCHOSES CONGÉNITALES

683) **Une consultation à Bicêtre (16 juin 1904), service des enfants anormaux**, par GEORGES LAFARGE. *Thèse de Paris*, oct. 1904.

A la consultation du jeudi se rencontrent les malades *nouveaux*, porteurs des anomalies physiques et psychiques les plus curieuses, et les *anciens*, ceux qui ont été soignés à Bicêtre. C'est à ces derniers que l'auteur consacre sa thèse; il montre comment la consultation permet de connaître la vie sociale de ces malades, de les aider et de suivre pas à pas l'amélioration ou l'aggravation de leur état physique ou psychique. Cela a un très grand intérêt et ce n'est qu'en étudiant la vie tout entière de ces anormaux, comme le fait et l'enseigne M. Bourneville, qu'on arrivera à des résultats utiles médicalement et socialement.

Les observations contenues dans cette thèse sont nécessairement assez disparates. L'auteur n'en fait pas moins ressortir l'intérêt médical de chacune, et l'intérêt médico-légal et social qui s'attache à toutes. FEINDEL.

684) **Causes de l'Aliénation au Brésil** (Causas de Alienação mental no Brazil), par HENRIQUE ROXO. *Brazil medico*, Rio de Janeiro, 1901.

Comme ailleurs, c'est à la dégénérescence et à l'intoxication alcoolique que sont dus, au Brésil, l'immense majorité des cas de folie. L'auteur en déduit d'intéressantes considérations touchant la prophylaxie de l'aliénation mentale.

F. DELENI.

685) **Troubles Mentaux chez les nègres du Brésil** (Perturbações mentaes nos negros do Brazil), par HENRIQUE ROXO. *Comunicação ao 2^o Congresso Medico Latino-Americano reunido em Buenos Ayres em Abril de 1904*.

La pauvreté des idées délirantes fait que chez les nègres la symptomatologie mentale est comme rétrécie et schématisée. Cela tient à ce que la cérébration du nègre, à l'état normal comme à l'état pathologique, est simple et encore inférieure. On ne peut concevoir l'égalité des races humaines, au Brésil du moins; la mentalité nègre n'y est pas encore évoluée. F. DELENI.

686) **L'affaire de l'asile des aliénés de Tours au point de vue médico-légal**, par ARCHAMBAULT. *Ann. médico-psychologiques*, LXIII, 9^e S., t. I, p. 53.

Étude critique et plaidoyer au sujet de cette affaire retentissante où un paralytique général fut étouffé par les infirmiers.

Archambault discute l'expertise et rapporte plusieurs lettres de médecins

légistes admettant que certains signes de mort violente (ecchymoses, sillon du cou) peuvent parfois ne devenir évidents qu'assez tardivement après la mort.

M. TRÉNEL.

687) **Étude médico-légale du Sommeil**, par V.-J. LECONTE. *Thèse de Paris*, nov. 1904.

L'auteur étudie les actes que les personnes peuvent subir pendant le sommeil naturel ou artificiel, ceux qui peuvent être commis dans l'hypnose ou sous l'influence des médicaments, et l'atténuation de la responsabilité dans ces cas.

FEINDEL.

THÉRAPEUTIQUE

688) **Traitement des Névralgies et des Névrites par les injections hypodermiques gazeuses**, par ABEL COURCELLE. *Thèse de Paris*, n° 146, janvier 1905.

L'action sédative des injections gazeuses sur les phénomènes douloureux des névralgies et des névrites est incontestable. Cette action est rapide et durable.

Ces injections agissent par élongation des filets nerveux terminaux, et par formation d'un coussinet gazeux protecteur.

L'air atmosphérique semble le meilleur gaz auquel on puisse s'adresser, à cause de la lenteur de sa résorption. Cette méthode se recommande par son extrême simplicité, son inocuité, et son caractère indolore.

FEINDEL.

689) **A propos du Traitement Mercuriel du mal de Pott**, par TORINDO SILVESTRI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 26 janvier 1905, p. 125.

Les toutes petites doses auraient un effet utile.

F. DELENI.

690) **Sur les sels de Rubidium, et sur l'emploi de l'Iodure de Rubidium dans l'Atrophie Optique**, par PAUL BARTHOLOW. *New-York med. Journ.*, 24 janv. 1905, p. 116.

Après l'étude de la valeur thérapeutique du sel, l'auteur cite un cas de cécité tabétique arrêtée dans son évolution progressive et améliorée par lui.

THOMA.

691) **Emploi systématique du Travail dans le traitement de la Neurasthénie et des états similaires**, par H. J. HALL. *Boston med. and surg. Journal*, 12 janvier 1905.

Le surmenage n'aurait rien à voir avec la neurasthénie, effet de mauvaises habitudes d'esprit et d'une agitation stérile de la pensée; conséquemment le traitement par le repos est mal adapté. L'auteur ne laisse ses malades au lit que huit jours, après quoi il occupe leur esprit et leurs mains. Le difficile est de graduer le travail, surtout au commencement; car il ne faut pas oublier que se tenir assis au bord du lit est un gros effort pour certains.

THOMA.

692) **La Musique comme traitement de l'Irrégularité du Poulx**, par EPHRAÏM CUTTER. *American Medicine*, 17 déc. 1904, p. 1038.

Deux cas de régularisation du poulx habituellement irrégulier ou intermittent par une audition musicale.

THOMA.

- 693) **Antitoxine Diphtérique dans l'Asthme des foins**, par W. R. ROWLAND. *American Medicine*, 17 déc. 1904, p. 1037.

Guérison en quelques jours, en quelques heures dans un cas. THOMA.

- 694) **L'interruption artificielle de la Grossesse dans les Maladies Mentales et Nerveuses** (Die psychiatrischen und neurologischen Indicationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft), par J. WAGNER DE JAUREGG (de Vienne). *Wiener Klin. Wochenschrift*, t. XVIII, n° 10, 9 mars 1905, p. 244.

I. *Psychoses*. — La coexistence de la folie et de la grossesse constitue pour la mère un état très défavorable, car : a) 60 à 70 pour 100 des psychoses survenant au cours de la grossesse ne guérissent jamais; b) la grossesse survenant au cours de la psychose aggrave le pronostic de celle-ci.

Ceci étant donné, il importe de résoudre le problème suivant : l'interruption artificielle de la grossesse constitue-t-elle un moyen de rendre l'état de santé de la mère plus favorable ?

En règle générale, non, et cela parce que : 1° l'accouchement normal n'a pas d'influence sur l'évolution de la folie et s'il en avait une, ce serait plutôt une influence défavorable ; 2° des complications liées à l'intervention elle-même peuvent venir aggraver la situation.

Mais cette règle générale comporte des exceptions : 1° quand des idées de suicide existent et qu'on espère amener leur disparition par une intervention ; 2° quand la malade a un délire qui puise ses éléments constitutifs précisément dans l'état de grossesse — idées hypochondriaques, crainte de donner naissance à un enfant mal constitué, peur de l'accouchement, etc.

II. *Chorée des femmes enceintes*. — N'intervenir que dans les cas graves qui n'accusent pas une tendance à la guérison spontanée. Se rappeler, d'autre part, qu'une intervention trop tardive est parfois suivie de conséquences funestes (d'après Schauta).

III. *Épilepsie*. — Binswanger conseille d'intervenir lorsque l'accumulation d'accès très nombreux menace d'amener une démence.

IV. *Hystérie*. — N'agir qu'au cas où une psychose s'est développée et d'après les règles établies pour les psychoses en général.

V. *Autres maladies nerveuses*. — Sauf dans des cas très exceptionnels et à évolution rapide et grave, ne pas intervenir. HALBERSTADT.

- 695) **De la valeur thérapeutique de l'interruption artificielle prématurée de la Grossesse chez les Aliénées** (Zur Frage nach der Berechtigung kuenstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen), par A. PICK (de Prague). *Wiener med. Wochenschrift*, 1905, n° 2.

L'opinion classique, celle qui conseille, en règle générale, de ne pas intervenir, n'est pas toujours fondée.

D'ailleurs, comment le serait-elle, quand les faits cliniques scientifiquement étudiés ne sont pas encore assez nombreux à l'heure actuelle ?

Or des questions de ce genre ne peuvent être élucidées *a priori*.

Pick rapporte un cas où l'avortement pratiqué sur une femme, dont le délire puisait ses éléments dans l'état de grossesse, amena la guérison en quelques semaines.

Jolly considère que la mélancolie peut constituer une indication à intervenir.

Mais Kræpelin est d'un avis tout contraire.

Pick croit que seules les formes accompagnées d'agitation doivent être prises en considération.

HALBERSTADT.

696) Étude physiologique et clinique de la Valériane, par ERNEST PARANT. *Thèse de Paris*, 2 février 1903.

Les observations cliniques montrent que le suc de valériane provoque nettement des effets sédatifs qui permettent de l'employer avec avantage dans tous les états nerveux accompagnés de spasme convulsif et même dans un certain nombre d'entre eux accompagnés d'hyperesthésie sensorielle.

L'acide valérianique ou ses sels n'exercent, en aucune façon, une action pharmacodynamique comparable à celle de la valériane entière; d'après l'auteur, ni les valériانات, ni les éthers du bornéol ne peuvent être considérés comme des succédanés de la valériane fraîche et du suc de valériane qui doivent nécessairement renfermer en outre des substances actuellement connues, un ou plusieurs corps actifs par eux-mêmes ou susceptibles d'exalter l'action pharmacodynamique des éthers du bornéol.

FEINDEL.

697) Du Véronal comme hypnotique et sédatif dans les maladies mentales, par HENRI BOURILHET. *Thèse de Paris*, mars 1903.

A la dose de 30 à 80 centigrammes, le véronal constitue un hypnotique excellent et à peu près dépourvu de dangers dans tous les cas d'insomnie nerveuse ne s'accompagnant pas d'agitation : insomnie simple, insomnie des neurasthéniques, des mélancoliques.

Son efficacité comme sédatif est incontestable dans les cas d'agitation légère des mélancoliques, des déments précoces, des excités maniaques, même aux doses de 50 et 80 centigrammes. Dans les états d'agitation intense de la manie, et surtout de la paralysie générale, il compte de nombreux succès même avec les doses de 1 gramme, 1 gr. 50 et 2 grammes.

Le véronal, surtout lorsque son usage est longtemps prolongé, produit souvent des accidents mais qui ne présentent généralement pas de gravité. Pour prévenir ces accidents et l'accoutumance il est bon de ne pas trop prolonger l'usage du véronal sans interruption. Ce médicament ne semble avoir aucune action préjudiciable sur les principaux viscères : cœur, foie, rein.

FEINDEL.

698) Contribution à l'étude du bromdiéthylacétamide (Neuronal), son action hypnotique et sédatif chez les aliénés, par M. ANTARIT. *Thèse de Paris*, mars 1903.

A la dose de 1 gramme à 2 grammes, le neuronal possède une action hypnotique réelle : particulièrement marquée dans l'insomnie simple, les insomnies des états maniaques, dans les insomnies de cause morale ou psycho-sensorielle, cette action rend des services dans l'insomnie douloureuse, l'agitation automatique.

Il ne s'accumule pas et peut être donné tous les jours pendant des semaines sans entraîner d'accident; son accoutumance est faible, la suppression de l'hypnotique ne donne lieu à aucun trouble nouveau; l'effet se prolonge pendant quelques jours.

Le neuronal ne peut pas compter comme médicament contre les crises convulsives de l'épilepsie, contrairement à ce qu'espéraient *a priori* les auteurs allemands.

Il n'a aucune influence nocive sur les fonctions de respiration et de circula-

tion; il paraît amener (à dose toxique) une paralysie des muscles striés et lisses (stase intestinale, etc.); le brome qu'il contient passe rapidement dans les urines et n'amène aucune éruption cutanée; le passage du médicament dans le torrent circulatoire n'entraîne aucune modification dans la teneur du sang en globules, ni dans la configuration de ces derniers.

FEINDEL.

INFORMATIONS

Quinzième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française.

Le quinzième Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Rennes, du 1^{er} au 7 août, sous la présidence de M. le Docteur A. GIRAUD, directeur médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure).

Les questions suivantes ont été choisies par le Congrès de Pau pour faire l'objet de Rapports et de Discussions.

1^{re} PSYCHIATRIE : *De l'hypocondrie*. Rapporteur : M. ROY, de Paris.

2^{re} NEUROLOGIE : *Des névrites ascendantes*. Rapporteur : M. SICARD de Paris,

3^{re} ASSISTANCE : *Baignation et hydrothérapie dans le traitement des maladies mentales*. Rapporteur : M. PAILHAS, d'Albi.

Une place importante est réservée aux *Communications originales* sur des sujets de Psychiatrie et de Neurologie, et aux présentations de malades, de pièces anatomiques et microscopiques.

Une séance publique d'ouverture sera suivie des séances consacrées aux travaux scientifiques.

L'École de médecine et la Faculté des Sciences de Rennes mettront à la disposition du Congrès un matériel et des locaux, neufs et aménagés suivant les progrès les plus récents; il sera facile de faire des projections.

Les adhérents qui auront des communications à faire sont instamment priés d'en faire parvenir les titres et les résumés au Secrétaire général avant le 1^{er} juillet.

Les organisateurs du Congrès préparent des excursions aux forêts de Paimpont, de Fougères, au Mont-Saint-Michel (avec visite des asiles d'aliénés de Pontorson, de Lehon), Saint-Malo et les environs, les îles anglo-normandes (Jersey, Guernesey).

Les chemins de fer des grandes Compagnies ou du département mettront, comme de coutume, probablement, des tarifs réduits à la disposition des Congressistes.

Dans le but de faciliter aux organisateurs leur tâche auprès des Compagnies de chemins de fer, MM. les membres adhérents seront invités à faire connaître à l'avance l'itinéraire qu'ils comptent suivre pour se rendre à Rennes.

Un programme détaillé des travaux et des excursions sera adressé à tous les membres du Congrès.

Le Congrès comprend :

1° Des *Membres adhérents* ;

2° Des *Membres associés* (dames, membres de la famille ou étudiants en médecine, présentés par un membre adhérent).

Les Asiles qui s'inscriront pour le Congrès figureront parmi les membres adhérents.

Les médecins de toutes nationalités peuvent assister à ce Congrès, mais il y a obligation à ne faire les communications ou discussions qu'en langue française.

Le prix de la cotisation est de **20 francs** pour les *Membres adhérents* ;

— — — **10 francs** pour les *Membres associés*.

Les *Membres adhérents* recevront, avant l'ouverture du Congrès, les trois *Rapports*. Ils recevront, après le Congrès, le volume des *Comptes rendus*.

Prière d'adresser le plus tôt possible les adhésions, avec le montant des cotisations, à M. le Dr J. SIZARET, Secrétaire général du Congrès, médecin en chef de l'asile public des aliénés de Rennes.

Le gérant : P. BOUCHEZ.

éde-

bres

il y
ran-

rois

coti-
chef

EL.